Aus der Universitäts-Haut-Klinik und Poliklinik der Charité (Berlin)
(Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes).

Lipogranulom vortäuschende Lues III

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Heinrich Stemann
aus Münster.

Tag der Promotion: 16. März 1939

Rudolph Pfau, Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Berlin NW 7.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck
Referent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

In der Universitäts-Hautpoliklinik der Charité Berlin kam im Jahre 1937 einmalig eine ungewöhnliche Affektion mit subkutan sitzenden knotigen Infiltraten der linken Gesäßbacke zur Beobachtung, die auf Grund des klinischen Bildes, der Anamnese und des histologischen Befundes zunächst als sogenanntes „Lipogranulom" aufgefaßt wurde, sich später aber überraschend als subkutane tertiäre Lues III entpuppte. Die Einmaligkeit dieses Falles und die damit verbundene diagnostische Irrung sind Anlaß zu der mir gestellten Aufgabe, in der Literatur nach gleichen Beobachtungen zu fahnden und dabei die überhaupt bestehenden Beziehungen der sogenannten Lipogranulomatose und der Syphilis möglichst umfassend zusammenzustellen.

Bei der Durchsicht der Literatur hat sich — das darf ich hier vorweg nehmen — zu dieser Frage der Differentialdiagnose kaum eine gleichartige Beobachtung auffinden lassen. Ich werde deshalb diese einmalige Beobachtung der Berliner Klinik darstellen, ich werde ferner versuchen, darüber hinaus alle Beobachtungen über Beziehungen der subkutanen Lipogranulomatose zur Syphilis zusammenzustellen.

Da der Begriff des „subkutanen Lipogranuloms" mit M a k a i erst seit 1928 besteht, möchte ich zunächst die geschichtliche Entwicklung dieses Begriffs, das Wesen des Lipogranuloms und den derzeitigen Stand der Kenntnis zu dieser Frage kurz streifen.

In vielen einschlägigen Arbeiten der deutschen Literatur wird auffälligerweise betont, daß die Kenntnis dieses Krankheitsbildes innerhalb der deutschen Literatur gering, innerhalb der englischen und amerikanischen Literatur aber in viel größerem Ausmaße und schon seit Jahren geläufig und unter dem Namen „traumatic fat necrosis" bekannt sei. Diese Angaben stimmen nur zum Teil. Wohl ist die Bezeichnung dieser Affektion des heute sogenannten Lipogranuloms in der deutschen Literatur eine oft wechselnde gewesen. Es ist das Verdienst des Chirurgen B a r t s c h, diese irrige Ansicht unter ausführlicher Erwähnung geschichtlicher Daten weitgehend richtig gestellt zu haben.

Die ersten einschlägigen Beobachtungen der deutschen Literatur liegen zumindest 60 Jahre zurück. Entsprechend dem heute häufigsten Sitz des Lipogranuloms im Bereich der weiblichen Brust

erwähnt auch die Veröffentlichung Beigels 1875 wohl als eine der ersten einschlägigen Beobachtungen die gleiche Lokalisation im Bereiche der Brust. Beigel benannte 1875 diese Veränderung als „Brustzysten". In seiner Monographie über die Krankheit der Brustdrüsen erwähnt Billroth 1880 ausdrücklich ähnliche Veränderungen.

1897 erscheint eine einschlägige deutsche Mitteilung von Sasse, in der erstmalig ursächlich das Wesen des heute als „Lipogranulom" anerkannten Krankheitszustandes erwähnt wird. Sasse entwickelte schon damals die Vorstellung, daß auf Stoß und durch Zerquetschen des Fettgewebes im Bereich der weiblichen Brust — durch Fettaustritt aus den Zellen des subkutanen Gewebes — eine reaktive Wucherung der Umgebung ausgelöst würde. Es ist zumindest erstaunlich, daß Sasse vor mehr als 40 Jahren eine ursächliche Schilderung dieser Affektion gibt, die heute bei erst 10jährigem Bestehen des Begriffs des Lipogranuloms nach klinischem Aussehen, Sitz und Ursache richtig gedeutet wurde. Sasse selbst führt die Bezeichnung „traumatische Zyste" ein. Kurze Zeit darauf wird dieser Begriff Sasses durch Lank zum Begriff „traumatische Fettnekrose" erweitert und wenig später durch Berner und Heyde der Lokalisation entsprechend der Begriff „subkutane Fettgewebsnekrose" eingeführt.

Die Begriffe „Brustzyste, traumatische Zyste, traumatische Fettnekrose, subkutane Fettgewebsnekrose, subkutane Fettspaltung" Küttner) lassen die ursächliche Auffassung der Jahre von 1875 bis 1923 erkennen.

Seit 1923 läuft nun in der deutschen chirurgischen Literatur der Ausdruck „Lipophages Granulom" (Stülz und Fontaine), der auch z. B. noch 1927 auf der deutschen chirurgischen Gesellschaft von Gohrband erwähnt wird. Seit 1928 hat sich dieser Bezeichnung gegenüber der Begriff „Lipogranulomatosis subkutanea" (Makai) eingebürgert. Diese beiden Bezeichnungen („Lipophages Granulom" mehr in der chirurgischen, „Lipogranulomatosis subcutanea" mehr in der sonstigen, insbesondere, in der dermatologischen Literatur) stehen heute gleichwertig nebeneinander. Sie lassen ursächlich das von Sasse 1897 vermutete Wesen der vorliegenden Affektion schon in ihrem Namen erkennen.

Bis zu den Jahren 1928 bezw. 1930 sind zahlreiche klinische Beobachtungen ähnlicher Art nach Einführung der Injektionsbehandlung mit Oel in mannigfacher Art bekannt geworden. Aus die-

ser Zeit resultieren die Bezeichnungen Elaiome, Vaselinome, Paraffinome (diese 3 Bezeichnungen nur teilweise treffend), Oleogranulome, Oleosklerome, Oeltumoren, Kampferöltumoren u. a. Wir wissen heute, daß die direkte Injektion von Oel verschiedenster Art oder der durch Injektion nichtöliger Substanzen, durch Trauma, Stoß und mannigfache Ursache anderer Art bedingte indirekte Austritt körpereigenen Fetts aus dem Fettgewebe der Subcutis im Prinzip die gleiche Auswirkung, nämlich die Bildung von „Granulomen" am Ort der Einwirkung auslösen können. Das Liprogranulom gehört nach der derzeitigen Auffassung zu den Fremdkörpergranulationen im weitesten Sinne des Wortes .

Das Liprogranulom (lipophages Granulom) ist eine im ganzen doch wohl seltene Veränderung des fast ausschließlich subkutanen Fettgewebes, die bei Frauen viel häufiger als bei Männern beobachtet wird. Ihre vornehmliche Lokalisation betrifft in der Häufigkeit der Reihenfolge: die weibliche Brust, Gesäß, Oberschenkel und Armaußenseiten. Bis zum Abschluß des Jahres 1933 war das Lipogranulom in der Lokalisation im Bereich der Brust (nach einer Zusammenstellung von Bartsch) 72mal beobachtet, wovon 70 Frauen und nur 2 Männer betrafen. Da weiterhin das Liprogranulom im Bereich der Brust zahlenmäßig an erster Stelle steht, ist hierdurch vor allem das häufige Vorkommen bei Frauen erklärt. Wenigstens scheint mir nach dem gegenwärtigen Stand der Literatur das Lipogranulom am Gesäß — wie es auch bei der noch erwähnenden eigenen Beobachtung zutraf — bei Männern nicht so viel seltener als bei Frauen vorzukommen.

Für die Seltenheit des Lipogranuloms an sich möchte ich kurz anführen, daß an der hiesigen Klinik die Beobachtungen der letzten Jahre nur 2 Frauen, beide mit Lokalisation am Gesäß, betreffen.

Da das Lipogranulom der Brust fast ausschließlich bei Frauen vorkommt und von den Frauen selbst und auch ärztlicherseits klinisch zunächst als bösartige Geschwulst aufgefaßt wird, ist es erklärlich, daß diese relativ häufige Lokalisation an der Brust im Zugangsmaterial des Dermatologen seltener zur Beobachtung kommt. Gerade im Bereich der weiblichen Brust tritt nach Angabe der Literatur das Lipogranulom häufig ohne voraufgegangene Injektion nur nach Trauma (Stoß), Mikrotrauma oder auch spontan auf. Demgegenüber sind m. E. die Lipogranulome in der Lokalisation am Gesäß, Oberschenkel und Armen in höherem Prozentsatz auf Injektionen (ölhaltiger und nicht ölhaltiger Flüssigkeiten) zurückzufüh-

ren. Da differential-diagnostisch gerade in der letztgenannten Lokalisation die Sarkoide und die zur Besprechung stehenden, sehr seltenen syphilitischen Veränderungen eiene Rolle spielen, werde ich nicht so sehr die übliche Lokalisation des Lipogranuloms — das ist der Bereich der weiblichen Brust —, sondern gerade ihre Lokalisation im Bereich des Gesäßes, Oberschenkels und der Arme berücksichtigen.

Ganz allgemein gesehen handelt es sich beim Lipogranulom (M a k a i) um meist kleine bis bohnengroße, rundliche Knötchen und Knoten im Fettgewebe, die mit Tuberkulose und Lues ursächlich nichts zu tun haben. M a k a i betont, daß ausnahmsweise auch mehr oberflächliche, blumenbeetartig geformte Infiltrate beobachtet werden. Diese Knoten sind nach F i s c h e r meist in Einzahl, seltener in Mehrzahl, und dann in kleinen dichtstehenden Gruppen beobachtet worden. Sie entstehen mit und ohne nachweisbare Ursachen. An auslösenden Momenten sind umschriebene Schädigungen mannigfacher Art, mechanische, chemische und termische Ursachen bekannt. F i s c h e r betont die subkutane Lokalisation dicht unter der Cutis. Beim Tastbefund kann manchmal eine enge Beziehung zur Haut beobachtet werden, die bei makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung jedoch eine Unabhängigkeit zur Cutis und eine alleinige Lokalisation des Lipogranuloms im subkutanen Fettpolster erkennen läßt. Das Liprogranulom erweist sich durchweg als derb und hart, meist rundlich oder gar kugelig und scharf abgesetzt gegen die Umgebung. Es lassen sich manchmal zystenartige Gebilde tasten, deren krümeliger oder viskoser Inhalt durch Punktion oder Spontandurchbruch erkennbar wird und chemisch eine positive Fettreaktion gibt. F i s c h e r erwähnt, daß gerade beim Sitz an der weiblichen Brust klinisch oft ein Neoplasma erwartet wurde. Wenigstens ergab sich, daß unter den als Lipogranulom in dem Rostocker pathologischen Institut (F i s c h e r) erkannten Probeexzisionen klinisch häufig der Verdacht auf Carzinom ausgesprochen war.

Der Durchschnitt zeigt makroskopisch ein Infiltrat der genannten Größe, umschlossen von einer derben, bindegewebigen Wand mit ölartigem Inhalt. F i s c h e r betont, daß darüber hinaus schon mikroskopisch entzündliche Veränderungen und Bezirke mit Blutungen und reparativen Vorgängen erkennbar sein können. Es ergibt sich daraus, daß auch pathologisch-makroskopisch die Erkennung und Differentialdiagnose eines Lipogranuloms unmöglich sein kann.

Das mikroskopische Bild ist in vielen Fällen charakteristisch. Man sieht in der genannten bindegewebigen Kapsel ein mannigfach geformtes Granulationsgewebe mit charakteristischen Riesenzellen vom Typ der Fremdkörperriesenzellen, die oft um Gewebslücken angeordnet sind. Diese Gewebslücken entsprechen den Bezirken, in denen sich Fettkristalle herausgelöst haben. Gelegentlich sind Büschel von Kalkseifenkristallen erkennbar. Das zellreiche Granulationsgewebe setzt sich zusammen aus Lymphozyten, jungen Bindegewebszellen, Leukozyten, insbesondere Fettphagozyten, die dann als Pseudoxanthomzellen (Bartsch) bezeichnet werden. Fischer betont, daß mikroskopisch die genannten Veränderungen als teils exsudative, teils reparative, teils Wucherungserscheinungen gedeutet werden können. Man erkennt wuchernde Fettzellen und in den Randpartien auch wuchernde Bindegewebszellen. Fischer sagt, daß auch manchmal die histologische Untersuchung diagnostische Schwierigkeiten ergeben kann, indem bei Anwesenheit von reichlich Fibroblasten und Riesenzellen man an Tuberkulose, bei Anwesenheit von wuchernden Fettzellen, Schaumzellen und wenigen Riesenzellen auch an Sarkom denken könne. Auf die Schwierigkeit der histologischen Untersuchung des eigenen Falles werde ich noch zurückkommen.

Makai deutet den histologischen Befund hinsichtlich Vorstellung der Entstehung des Lipogranuloms noch weitgehender. Zunächst seien kleine umschriebene Herde in oft gruppierter Anordnung erkennbar, in deren Umgebung als Zeichen der Abwehr bindegewebige Bildungen im Sinne der Abkapslung sich bilden. Durch diese bindegewebigen Züge werden die nicht betroffenen Anteile des eingeschlossenen, an sich gesunden Fettgewebes in der Ernährung ausgeschaltet, wodurch das Fett „nekrotisch" sich in der Mitte verflüssige und zur Zystenbildung führe. Makai betont weiter, daß selten einmal durch Resorption und Bindegewebsneubildung eine Restitutio ad integrum und damit klinisch eine spontane Ausheilung des Lipogranuloms beobachtet werden könne.

Nicht zugehörig zum Liprogranulom und damit zur vorliegenden Arbeit gehört die lokale Lipodystrophie. Diese Lipodystrophie ist fast ausschließlich bekannt als Insulin-Lipodystrophie. Sie ist aufzufassen als ein rein lokaler Schwund des subkutanen Fettgewebes an Stelle von Injektionen, insbesondere an solchen Stellen, an denen wiederholt über längere Zeit hin Insulin verabfolgt wurde. Diese Affektion ist seit 1926 (Depisch) bekannt. Sie kommt ebenfalls häufiger bei Frauen als bei Männern vor. Das klinische Bild zeigt — sichtbar und noch besser

fühlbar — eine trichterförmige Einsenkung der Haut an der Stelle des circumskripten Fettschwundes. Die Haut selbst ist normal und abhebbar. Das Fett kann nach jahrelangem Bestand der Lipodystrophie wiederkehren. Bei der Entwicklung der Lipodystrophie geht dem eigentlichen, örtlich begrenzten Fettschwund ein Stadium eigentümlicher Schwellung ohne wesentliche Verhärtung vorher. Die Ursache dieser circumskripten Lipodystrophie wird irgendwie auf das verabfolgte Insulin zurückgeführt. Man hat das Vorliegen eines lipolytischen Fermentes oder einer antiglykaemischen Substanz angenommen. Es sind vereinzelt gleiche Fälle auch nach anderen Mitteln außer Insulin, z. B. nach Pituitrin, beobachtet worden. Man hat deshalb den wiederholten Injektionsreiz — ähnlich wie beim Lipogranulom — und zwar die häufige Verletzung des Panniculus angeschuldigt. Der Vollständigkeit halber möchte ich noch erwähnen, daß manche Autoren das Trikresol, ein Sterilisationsmittel, das dem Insulin zugesetzt ist, ursächlich stark bewertet haben. Andere wieder denken an eine rein „neurotrophe Genese" infolge Insulin.

Wenn somit auch manigfache Parallelen hinsichtlich Lokalisation, klinischem Aussehen und Pathogenese zwischen Lipogranulom und Lipodystrophie bestehen, sind doch die beiden Affektionen streng zu trennen. Der Lipodystrophie als circumskripten Fettschwund fehlen ja das Exsudative, das Reparative und die Wucherungserscheinungen (s. eingangs), also alles das, was als „Granulation" für den Begriff Lipogranulom charakteristisch ist.

Ich will auch außerachtlassen das Oleom bezw. Paraffinom mancher Autoren, das nichts weiter bedeutet, als die lokale Ansammlung von Fett bezh. Wachs. Solche Bildungen sind ja als entstellende Spätfolgen nach kosmetischen Operationen bekannt, wo z. B. das injizierte Paraffin im Bereich des Gesichts und der Brust zu klumpiger Bildung abgesackt ist.

Ich habe bisher die Lokalisation des Lipogranuloms des Häufigkeit nach in der Reihenfolge: Mammae, Oberschenkel, Gesäß und Arme angegeben. Der Vollständigkeit halber erwähne ich hier noch die Möglichkeit des Vorkommens an den verschiedensten Körperstellen, insbesondere aber unter dem Sammelbegriff der „Prothesenrandknoten". Diese bei Oberschenkelamputierten an der inneren Randseite des Oberschenkelstumpfes entstehenden Knoten können verschiedener Ursache sein. Es handelt sich meistens um kleine, langsam wachsende pflaumen- bis apfelgroße Knoten, die durchweg mit der Haut verwachsen sind und gelegentlich nach außen durchbrechen können. Histologisch handelt es sich um ähnliche, wenn nicht gleiche Befunde wie beim Lipogranulom von M a k a i. Ursächlich betrachtet, handelt es sich teils um echte Fremdkörpergranulome durch eingedrungene Stoffe und Lederpartikelchen, teils um Granulationen im Sinne von Gewebsantwort auf tiefdringende Epithelsprossen, die bei der Hyperkeratose und der dadurch entstehenden Verlegung der Haarbaldmündungen in die Tiefe dringen. Ferner

handelt es sich drittens sicher in einem Teil der Fälle um typische subkutane Lipogranulome im Sinne Makais. Ich verweise im übrigen auch auf das einschlägige Schrifttum bei Makai, zur Verth, Wohlwill, Kumer.

Das klinische Bild, das makroskopische und mikrokopische Aussehen des subkutanen Lipogranuloms habe ich eingangs ausführlich dargestellt. Ich möchte im Folgenden in Kürze die bekannten, ursächlich wichtigsten Momente zusammenfassen.

Geschichtlich gesehen waren zuerst bekannt Veränderungen dieser Art nach Traumen (s. oben). Die subkutanen Lipogranulome nach Trauma betrafen vor allem die Brust. Als Traumen sind Stoß und Durchtrennung des Gewebes mittels Injektionsnadel und operatives Vorgehen und offensichtlich auch Mikrotraumen bekannt.

Eine weitere ursächliche Gruppe betrifft Lipogranulome nach Injektion von Oelen, Fetten, Paraffinen u. a., insbesondere sehr häufig nach Injektionen von Kampferölen (aus der letzten Zeit u. a. Konrad, Mook, Businco, Fessler, Bertoloty und Prakken). In diesen Fällen hat das deponierte Oel bezw. Fett und die daraus resultierende Verseifung den Anlaß zur Fremdkörpergranulombildung gegeben. Ich habe eingangs erwähnt, daß etwa seit 1920—1930 eine größere Zahl einer ursächlichen dritten Gruppe von Lipogranulomen mehr bekannt geworden ist. Es sind dieses Lipogranulome nach Injektionen anderer, also nicht fettiger oder öliger Substanzen. So liegen Beobachtungen vor über Entstehung von Lipogranulom nach Injektion von Phosphorsäure (Vertova), nach Supersan (Wenger), nach Morphium am Oberarm (Goldschlag), nach Quecksilber (Levin, Berger u. a.), nach Ergotin und Serum (Ustinovskij) und insbesondere Tetanus (Krauss, 1933, Knoten beider Brüste). Diese 3. Gruppe darf wohl zusammenfassend ursächlich als durch chemische Einflüsse bedingt aufgefaßt werden. Auch physikalische Momente ohne begleitenden Stoß, Injektion oder chemischen Einfluß sind in letzter Zeit durch Oehlecker bekannt geworden. Oehlecker veröffentlichte 1933 Beobachtungen über 3 Fälle, in denen wenige Wochen nach Anwendung gewöhnlicher Diathermie in der subkutanen Fettschicht kugelige, scharf umschriebene Knoten fühlbar wurden, die klinisch als Tumoren oder Hernien angesprochen wurden und sich mikroskopisch als Lipogranulome erwiesen. Oehlecker erwähnt ins Einzelne gehend, die Möglichkeit der physikalischen Entstehung. Eine gleiche Beobachtung stammt von Craciun und Mitarbeiter.

Darüber hinaus muß ich abschließend die Entstehung von Lipogranulom ohne Trauma, chemischer oder physikalischer Einflüsse erwähnen. So sind sogenannte Spontan-Lipogranulome im Verlauf und und nach Flecktyphus bekannt geworden (Abrikosoff). 1935 berichtete Schlapobersky zur Frage der Aetiologie des Lipogranuloms eine Beobachtung, wo bei einer Tabes mit ausgedehnten atrophischen Veränderungen an Knochen und Muskeln der unteren Extremitäten sich im Bereich der Kniegelenke beiderseits ausgedehnte Lipogranulome befanden. Auf Grund seiner Befunde glaubt Schlapobersky die Gruppe der sogenannten spontanen und bisher ursächlich ungeklärten Lipogranulome ursächlich weiter geklärt zu haben. Er glaubt, wie auch beim Flecktypus, so auch bei Tabes, an Wechselbeziehungen zwischen Lipogranulom und Veränderungen des Nervensystems. Er führt als Beweis u. a. dafür an, die Symmetrie, die Kombination mit Neuralgie und die ausgedehnten Veränderungen am Nervensystem seines Falles. Er weist ferner hin auf die Feststellungen Davidowskis, nach dem auch beim Flecktyphus beträchtliche Affektionen am Nervensystem auftreten. Schlapobersky führt neben den bisherigen Begriffen „traumatisch, chemisch, physikalisch" als vierten den Begriff „neurogen-trophisch" neu ein. Es erscheint mir erstaunlich, daß bei der im Verlauf von schweren Krankheiten auftretenden Lipogranulomatose immer innere ursächliche Beziehungen gesucht werden. Sollte nicht z. T. bei der dabei einsetzenden Abmagerung — wie bei gewöhnlicher Lipomatose — sehr lange bestehende Lipogranulome nicht erstmalig erkennbar und fühlbar werden?

Zusammenfassend darf ich sagen, was auch letzthin die Ursache sei, ob mechanisch, chemisch, termisch, neurogen-trophisch oder sonstig (ungeklärt spontan) die Ursache anzunehmen ist, immer handelt es sich beim Lipogranulom wie eingangs ausführlich dargestellt, um meist kleine bis bohnengroße, selten größere Knoten des subkutanen Fettgewebes, die ausnahmsweise einmal mehr flach als talergroße Infiltrate imponieren können. Makroskopisch handelt es sich durchweg um eng unter der Cutis liegende granulomatöse Infiltrate mit derber Wand, ölartigem Inhalt, mit wachsähnlichen Herden in kleinen gelben Läppchen, untermischt mit breiten Bindegewebszügen. Ich habe erwähnt, wie auch im makroskopischen Schnitt der Pathologe an Tumor und Tuberkulose denken kann (Fischer, Bartsch), und habe erwähnt, daß selbst bei mikroskopischer Kontrolle bei bestimmter Anordnung der exsudativen,

reparativen und Wucherungserscheinungen die Differentialdiagnose zwischen Lipogranulom, Tumor (Sarkom) und Tuberkulose schwierig sein kann (Fischer, Sternberg).

Uns interessiert in der vorliegenden Fragestellung erklärlicherweise die Verwechslungsmöglichkeit des Liprogranuloms mit der Tuberkulose und (als ihr differential-diagnostisch nahestehend) mit der Syphilis.

Die evtl. klinische Verwechslungsmöglichkeit gegenüber Sarkom, Tuberkulose und Lipogranulom charakterisiert Alexander m. E. zu Recht dahingehend, daß Chirurgen eher mal an Sarkom, Dermatologen eher an Tuberkulose oder Lues klinisch, makroskopisch und auch mikroskopisch denken würden. Allermeist handelt es sich unter der in Frage kommenden Tuberkulose um atypische Bilder eines Erythema induratum im Sinne der subkutanen nodösen Sarkoide Dariers. Alexander veröffentliche 1919 eine eigene Beobachtung (Unterarm einer Frau). Abrikosoff rechnet manche Fälle der Sarkoide der Literatur kurzweg zum Lipogranulom. Fischer und Sternberg betonen die histologische Aehnlichkeit mancher Fälle. Dazu würde die Auffassung der Wiener Schule (Riehl und Fuhs), nach dem alle tuberkuloiden Gewebe ihrem Wesen nach als Fremdkörpereffekte aufzufassen sind, gut passen. Ustinovskij erwähnt die französische Bezeichnung „fibröses Sarkoid" (gleich Lipogranulom). Vail und Makai betonen ebenfalls den tuberkuloiden Aufbau, letzterer z. B. auch für das eingangs erwähnte Lipogranulom bei dem Amputationsstumpf. Ich habe den Eindruck, daß gerade beim Sitz des Lipogranuloms am Arm, das Aussehen bezw. der histologische Charakter besonders an Tuberkulose erinnert (Peyri, Ustinovskij, Alexander).

Vier weniger Verwechslungsmöglichkeiten als mit Tuberkulose werden gegenüber der Syphilis erwähnt (s. später). Beziehungen zur Syphilis sind im allgemeinen außerordentlich selten beobachtet, wenn man nicht hier erwähnen will das Auftreten des Lipogranuloms nach antiluetischen Injektionen (Berger, Levin) und die erwähnten Ausführungen Schlapoberskys (Fall von Tabes mit Lipogranulom).

Syphilitische Erscheinungen, die mit subkutanen Lipogranulomen verwechselt werden können, müssen der tertiären Syphilis angehören. Die dem Dermatologen zu Gesicht kommenden tertiären syphilitischen Veränderungen betreffen bekanntlich tuberöse und gummöse Erscheinungen angeborener oder häufiger erworbener Syphilis an Haut, Schleimhäuten, Periost und anderen Geweben, soweit sie einer äußeren Beobachtung zugänglich sind. Die tuberösen Veränderungen haben einen kutanen Sitz, die gummösen Veränderungen einen kutanen, subkutanen, periostalen oder sonstigen Sitz. Es können deshalb mit der subkutanen Lipogranulomatose (M a k a i) nur subkutan-sitzende, gummöse, tertiär-syphilitische Veränderungen verwechselt werden. Subkutan gelegene Gummen im Bereich der Körperdecke außerhalb des Kopfes werden relativ selten beobachtet. Unter den gesamten Zugängen an tertiärer Syphilis im Material der Berliner Hautklinik (insgesamt fast 2500 Fälle der Jahre 1919—1938) betrifft die Lokalisation aller tertiären Erscheinungen den Bereich des Kopfes schon in über 50% der Fälle. Gerade hier aber ist der Anteil der gummösen Lues gegenüber der tuberösen Lues ein bedeutender. Es ergibt sich daraus, daß trotz großer Zugangszahlen der Anteil gummöser Lues III in einer Lokalisation engumschriebener Bezirke der Körperdecke, wie an Gesäß und Oberschenkelaußenseiten, sehr gering ist.

Da weiterhin diese gummöse tertiäre Lues im Bereich des Gesäßes und der Oberschenkelaußenseiten ihren Sitz in der Cutis, Subcutis, Fascie, Muskulatur und Periost haben kann und ferner der Anteil der subkutan sitzenden gummösen Lues an der Gesamtheit der Lues III ein relativ geringer ist, ergibt sich weiterhin, daß relativ selten eine subkutane gummöse Lues III im Bereich des Gesäßes und der Oberschenkelaußenseite zu erwarten ist.

Daraus dürfte sich die tatsächliche Seltenheit der Differentialdiagnose eines subkutanen Lipogranuloms (M a k a i) und einer subkutanen Lues III ergeben.

Auf 3 Faktoren, die ein solches differential-diagnostisches Zusammentreffen dagegen begünstigen, möchte ich ausdrücklich hinweisen.

1. Das Lipogranulom kommt, wie eingangs ausgeführt, bei Frauen häufiger als bei Männern vor. Auch bei der tertiären Lues in der Gesamtheit und damit auch in ihrem Anteil an subkutaner gummöser Lues überwiegen die Frauen in einem Verhältnis von 63% zu 37% (B e r g g r e e n).

2. Anamnestische Erhebungen können gerade bei Frauen mit tertiärer Syphilis für die Differential-Diagnose ohne Belang sein. Ist es doch eine Tatsache, daß von allen Zugängen an Lues III bei Frauen in 65%, bei Männern in 35% aller Fälle die Lues bis dahin nicht bekannt war (S e i d e l).
3. Bei klinisch berechtigter diagnostischer Erwägung, ob Lipogranulom oder subkutane Lues III, ist zu bedenken, daß die Sero-Reaktionen in einem gewissen Prozentsatz bei Lues III versagen, d. h. negativ ausfallen können. Dieser Prozentsatz an Versagern beträgt nach der Literatur durchweg 15—30%. Nach eigener Erfahrung der Klinik durchweg nur etwa 5% der Fälle von Lues III.

Bei der evtl. Differentialdiagnose „Lipogranulom oder Lues III" ist besonders zu betonen, daß die Knoten des Lipogranuloms der Subcutis durchschnittlich nur bohnengroß und nach überwiegender Erfahrung auch nur in Einzahl beobachtet werden, während die Lues III weniger als isoliertes Gumma, sondern eher als gruppierte bezw. gyrierte mehrherdige, knotige Infiltrate imponieren. M a k a i selbst betont, daß ausnahmsweise (s. oben) einmal mehr flache, blumenbeetartige bis talergroße Infiltrate beim Lipogranulom zur Beobachtung kommen, die dann klinisch (A l e x a n d e r u. a.) evtl. auch makroskopisch und mikroskopisch (F i s c h e r und S t e r n b e r g) mit Tuberkulose, insbesondere den subkutanen Sarkoiden D a r i e r s verwechselt werden können.

Es ist nun eine allgemeine Erfahrung aller Dermatologen, daß es im Einzelfall außerordentlich schwer oder unmöglich sein kann, makroskopisch und mikroskopisch eine Tuberkulose von tertiärer Lues zu unterscheiden. Somit muß auch für die genannten Formen die Verwechslungsmöglichkeit des Lipogranuloms außer mit subkutaner Tuberkulose auch mit subkutaner gummöser Lues berücksichtigt werden.

Dafür soll die bisher hier einmalige, nachfolgend dargestellte Beobachtung ein Beispiel sein:

W. Ta., Zugführer, 59 Jahre alt, Westpreußen. Der Genannte erscheint am 27. 2. 37 auf eigene Veranlassung. Er gab an, 1916 im Bereich der linken Gesäßbacke mehrfach intramuskuläre Injektionen unbekannter Art erhalten zu haben. Er will nie ernstlich krank gewesen sein, lehnt Geschlechtskrankheiten in früherer Zeit ausdrücklich ab, und gab an, den Grund der damaligen Injektionen nicht zu kennen.

In den letzten 1½ Jahren habe sich im Bereich der vor 20 Jahren erhaltenen Injektionen eigenartige Knoten gebildet, die ihn wegen der Schmerzen am Gehen und Sitzen behinderten.

Bei der ersten hiesigen Untersuchung fanden sich im Bereich der linken Gesäßseite und auf dem angrenzenden Teil des Kreuzbeins in einem fast kleintellergroßen Bezirk mehrfach subkutan-kutan gelegene, serpiginös gruppierte, knotige Infiltrate von durchweg Kirschkern- bis vereinzelt Talergröße. Eine zentrale Erweichung dieser Einzelherde war nicht erkennbar. Der Sitz war fast rein subkutan, jedenfalls war klinisch die darüber hinwegziehende Haut in die knotigen Infiltrate nicht eingezogen und selbst nicht verändert. Lediglich auf der Höhe der derbsten Infiltrate schimmerte ein bläulicher Farbton nach außen durch.

Darüber hinaus war an inneren Organen und im sonstigen Bereich der Körperdecke, an Lymphdrüsen, Haut und Schleimhäuten kein krankhafter Befund erhebbar.

Das beiliegende Foto läßt die Ausdehnung dieses Prozesses mit subkutanen Infiltraten erkennen.

Es wurde zunächst an Tuberkulose im Sinne eines subkutanen Sarkoids gedacht, doch war anamnestisch und klinisch für Tuberkulose kein Anhalt. Das Blutbild war normal: Leukozyten 9200, davon 65% segmentkernige, 24% Lymphozyten, 7% Monozyten, 2% Eosinophile und 2% Basophile.

Mit Rücksicht auf Anamnese und negativen sonstigen klinischen Befund wurde an Lipogranulom im Sinne der seltenen flächenhaften Form M a k a i s gedacht.

Zur Sicherheit wurde eine Probeexzision entnommen, die als histologisches Ergebnis trotz des Fehlens eigentlicher Zysten zunächst übereinstimmend mit dem klinischen Befund als „Lipogranulom" gedeutet wurde.

Als Therapie wurde bei der Vielzahl der Knoten Röntgentiefentherapie durchgeführt, die praktisch keinerlei Einwirkung zeigte.

Bei einer Wiedervorstellung nach 4 Monaten wurde bei dem mangelhaften therapeutischen Effekt eine nochmalige Untersuchung mit gleichem klinischen Lokalbefund durchgeführt und eine WaR vorgenommen. Die Wassermann-Reaktion zeigte zur allgemeinen Ueberraschung ein 4fach positives Ergebnis. Anamnestische Angaben hinsichtlich Lues wurden auch jetzt nicht erhoben.

Der Genannte hat dann sofort (4 Monate nach der ersten hiesigen Untersuchung) eine kombinierte Kur begonnen, nach deren Durchführung mit den Worten des Kranken „die Geschwulstbildung gänzlich zurückgegangen, und keinerlei Druck und keinerlei Schmerz mehr bestand."

Im Herbst 1937 wurde eine zweite antiluetische Kur durchgeführt, nach deren Beendigung sich der Genannte hier völlig geheilt vorgestellt hat.

A n m e r k u n g : Damit muß die anfängliche Diagnose „Lipogranulom" noch dem weiteren Verlauf, dem positiven Ausfall der Sero-Reaktion und dem 100%igen Erfolg der antiluetischen Behandlung richtig gestellt werden. — Es handelt sich um ein Lipogranulom vortäuschende, subkutane gummöse Lues III. Die nachträgliche Kontrolle des ursprünglich erhobenen histologischen Befundes zeigt, daß es sich um ein sub-

kutan-kutan sitzendes, durch Bindegewebszüge unter sich und nach außen abgeschlossenes knotiges Infiltrat mit überwiegend Lymphozyten, einigen Epitheloid- und Plasmazellen gehandelt hat. Diese Infiltrate waren überwiegend um die Gefäße angeordnet. Oelzysten im Sinne des üblichen Lipogranulom waren nicht vorhanden. Die nachträgliche Bewertung des histologischen Präparates spricht dem Gesamtbefund nach eher für Lues III als wie für ein Lipogranulom oder deren sarkoidähnliche Abarten.

Zusammenfassung.

Entsprechend der mir gestellten Aufgabe habe ich den gegenwärtigen Stand der Kenntnis des subkutanen Lipogranuloms (Makai) dargestellt. Ich habe versucht, die Beziehungen und differential-diagnostischen Erwägungen gegenüber der Tuberkulose und Lues ausführlich darzustellen. In einem zweiten Abschnitt der Arbeit habe ich die Beziehungen und differential-diagnostischen Erwägungen von seiten der tertiären Syphilis gegenüber dem Lipogranulom erwähnt und habe hierbei besonders die einschlägigen Erfahrungen des eigenen Materials der Berliner Hautklinik berücksichtigt. Drittens habe ich die einmalige Beobachtung einer „Lipogranulom vortäuschende Lues III" mitgeteilt.

Zusammenfassend darf ich sagen, daß Beziehungen des Lipogranulom von Makai zu der Syphilis und besonders zu der hier fast allein in Frage kommenden subkutanen, gummösen Lues III außerordentlich selten sind .

Zum Schluß danke ich Herrn Professor Dr. Frieboes für die Ueberlassung des Themas und Herrn Oberarzt Dr. med. habil. Berggreen für die Anleitung bei der Arbeit.

Literatur.

Abrikosoff: Zit. b. Schlapobersky.
Alexander: Klin. Wschr. 1929, II.
Bartsch: Arch. f. Klin. Chir. 1934.
Beigel: Zit. b. Bartsch.
Berger: Zbl. H. u. Geschl. (1928), Bd. 27.
Berggreen: Dermat. Wschr. 1936.
Berner und Heyde: Zit. b. Bartsch.
Bertoloty: Monographie „über die Krankheiten der Brustdrüse" 1880.
Businco: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 29.
Cracium und Fagavasano: Zbl. H. u. Geschl. 1936), Bd. 53.
Davidowski: Zit. b. Schlapobersky.
Depisch: Handbuch H. u. Geschl. (Jadassohn) (s. Lipodystrophie).
Fessler: Zbl. H. u. Geschl. (1931), Bd. 35.
Fischer: Zbl. f. Chir. 1933.
Fuhs: Dermat. Zeitschr. 1928.
Gohrband: Deutscher Chir. Kong. 1927.
Goldschlag: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 30.
Konrad: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 28.
Krauss: Zbl. f. Chir. 1933.
Kumer: Handb. d. H. u. Geschl. (Arzt-Zieler).
Lank: Zit. b. Bartsch.
Levin: Zbl. H. u. Geschl. (1928), Bd. 27.
Makai: Zbl. f. Chir. 1930.
— Zbl. f. Chir. 1933.
— Klin. Wschr. 1928, II.
— Zbl. H. u. Geschl. (1930), Bd. 22.
Mook: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 29.
Oehlecker: Zbl. f. Chir. 1933.
Peyri: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 29.
Prakken: Zbl. H. u. Geschl. (1938), Bd. 57.
Riehl: s. Fuhs.
Sasse: Zit. b. Bartsch.
Schlapobersky: Zbl. Pathol. 1935, Bd. 53.
Seidel: „Statistik tertiärer Lues bei Frauen", Dissertation Berlin 1934.
Stülz und Fontaine: Zit. b. Bartsch.
Ustinovskij: Zbl. f. H. u. Geschl. (1930), Bd. 34.
Vail: Zbl. H. u. Geschl. (1931), Bd. 38.
zur Verth: Dermat. Wschr. (1929), Bd. 88.
Vertova: Zbl. H. u. Geschl. (1931), Bd. 37.
Wenger: Zbl. H. u. Geschl. (1929), Bd. 30.
Wohlwill: Virchows Arch. f. path. Anat. 1933, Bd. 288.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich am 1. 8. 1906 zu Münster i. Westf. als Sohn des Kaufmanns Wilhelm Stemann. Nach Besuch der Volksschule und des Humanistischen Gymnasiums Paulinum legte ich im Februar 19?? in Münster meine Reifeprüfung ab.

Anschließend studierte ich an den Universitäten Erlangen, München, Freiburg, Wien und Kiel Medizin und bestand hier meine ärztliche Staatsprüfung am 17. 8. 1932. Nach Ableistung des praktischen Jahres am Städtischen Krankenhaus Neukölln und am Hedwigs-Krankenhaus zu Berlin erhielt ich meine Bestallung als Arzt am 1. 9. 33. Vom 1. 10. 33 bis 30. 9. 1934 war ich auf der geburtshilflich-gynokologischen Abteilung am Dominikusstift Berlin-Hermsdorf als Volontärassistent tätig.

Vom 1. 10. 34 bis 15. Mai 1935 war ich als Assistenzarzt im Krankenhaus Neukölln angestellt. Seit dem 15. Mai 1935 bin ich an der Universitäts-Hautklinik der Charité teils als Volontärassistent, teils Assistenzarzt beschäftigt.